

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N° 429

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} août 1883, à 9 heures,

PAR L. LACOSTE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 4 février 1857, à Laruns (Basses-Pyrénées).

DE LA

SUPPURATION DES BOURSES SÉREUSES

ET DE

SES RAPPORTS AVEC LA LYMPHANGITE

Président : M. PETER, professeur

Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
HALLOPEAU, GAY, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BÉCLARD.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Pathologie chirurgicale.....	{ GUYON.
	{ DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	{ SEE (G.)
Clinique médicale.....	{ HARDY.
	{ POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	{ GOSSELIN.
	{ VERNEUIL.
	{ TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
ÉRABEUF, chef des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A M. LE PROFESSEUR PETER

Membre de l'Académie de médecine

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550203_0052

DE LA SUPPURATION
DES
BOURSES SÉREUSES
ET DE SES RAPPORTS
AVEC LA LYMPHANGITE

INTRODUCTION. EXPOSÉ DU SUJET.

Lorsque Dolbeau en 1876, dans ses leçons sur les inflammations du membre supérieur, montrait toute l'importance du riche réseau lymphatique profond et superficiel de cette région, il ramenait toutes les inflammations du membre, ou plutôt la plupart des inflammations du membre supérieur, à des lymphangites superficielles et profondes, que ces inflammations soient le panaris, le phlegmon simple ou le phlegmon diffus, il ne localisait pas certainement au membre supérieur cette idée de pathologie générale. Il voulait ramener à des lymphangites toutes les inflammations se produisant dans le tissu cellulaire, c'est-à-dire dans ce tissu répandu dans toute l'économie, au milieu duquel baignent tous les organes, et qui, si prompt à s'enflammer, peut produire les plus grands désordres.

Ce rapport pathologique si bien envisagé par le grand clinicien était une preuve apportée à la théorie admise par encore, si peu d'anatomistes qui identifient le tissu cellulaire aux ganglions, aux vaisseaux lymphatiques, et, nous allons le dire immédiatement, aux membranes séreuses.

Cette démonstration n'a encore soulevé que des discussions anatomiques pures, des expérimentations physiologiques. Les belles injections de M. le professeur Sappey, sa récente communication à l'Académie des sciences sur le nouveau mode d'injections qu'il a employé pour confirmer ses premières découvertes, sont venues de nouveau combattre l'opinion que nous avons rapportée.

Mais faut-il se tenir exclusivement dans le domaine de l'anatomie et ne doit-on pas chercher si la pathologie ne viendra pas jeter aussi un argument pour ou contre telle opinion dans la discussion encore en suspens?

Nous avons rappelé, il y a quelques lignes, l'opinion du professeur Dolbeau, nous l'avons vu assimiler la lymphangite au phlegmon, c'est-à-dire à l'inflammation du tissu cellulaire. Ne serait ce pas déjà une preuve de la communication, nous n'osons pas dire de l'identité des deux tissus. « Le phlegmon diffus, dit-il, toutes les fois qu'il est consécutif à une plaie, aurait pour phénomène initial une angioleucite. »

Il reste une autre partie du système lymphatique selon la conception que l'on peut s'en faire, qui doit aussi être en communauté pathologique avec la lymphangite, avec le tissu cellulaire, si réellement elle fait partie du système lymphatique, c'est la grande classe des bourses séreuses.

A quoi sont dues les suppurations des bourses séreuses, quelle influence ont-elles sur le système lymphatique? Celui-ci agit-il sur elles? Lorsqu'il existe une lymphangite ou un phlegmon, affections que nous venons de voir si analogues, y a-t-il lésion des bourses séreuses? En un mot l'identité anatomique admise par les auteurs modernes entre le tissu cellu-

laire, les vaisseaux et ganglions lymphatiques, les bourses et cavités séreuses, peut-elle se retrouver dans l'ordre pathologique.

Ce sont ces diverses questions que nous nous sommes posées.

Ayant eu l'occasion d'observer certaines suppurations de bourses séreuses à la suite des lymphangites, ou, inversement de voir succéder à des lymphangites des hygromas enflammés et suppurés, nous avons eu l'idée de rechercher si ce fait avait été signalé dans les divers auteurs qui se sont occupés de la question.

Ces faits ne sont pas rares, et il n'est pas de chirurgien qui n'ait eu l'occasion de les observer; mais nulle part nous n'avons trouvé signalée d'une façon tranchée cette coïncidence des deux affections, nulle part nous n'avons vu poser d'une façon évidente l'influence réciproque de l'une sur l'autre; enfin nulle part nous n'avons vu insister au point de vue anatomique, sur ces faits intéressants qui apportent un argument à cette conception si hardie et en même temps si attrayante de l'identité des organes lymphatiques en comprenant parmi eux le tissu cellulaire, le tissu séreux. Aux arguments anatomiques et histologiques des auteurs, nous pouvons ajouter l'élément pathologique.

Tel est le sujet que nous avons choisi pour notre modeste travail. nous n'avons d'autre prétention que celle d'apporter quelques faits, hélas! peu nombreux, étant donnée la pénurie de ceux rapportés dans les auteurs. Ceux-ci n'ayant pas publié tous ceux qui leur sont passés sous les yeux, les considérant comme vulgaires, peu importants et dépourvus d'intérêt, nous avons donc été réduits à peu près à ceux-là seuls que nous avons eus sous les yeux, et c'est d'après ce petit nombre d'observations, que nous tirerons les quelques conclusions qui termineront notre travail.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de témoigner toute notre reconnaissance à M. le professeur Gosselin, pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous montrer pendant le cours de nos études médicales, et que notre maître, M. Paul Berger, reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude. Nous devons aussi

pareil tribut de reconnaissance à M. le professeur Michel Peter, qui a accepté avec tant de bienveillance la présidence de notre thèse.

Tous nos remerciements aussi à notre ami, M. Verchère, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous communiquer l'intéressante observation recueillie dans le service de M. le professeur Verneuil.

Si nous examinons ce que disent les auteurs sur la lésion qui nous occupe, nous les verrons presque tous ou la passer sous silence, ou ne l'indiquer que très brièvement, sans lui accorder autre chose qu'une simple mention.

Dupuytren signale bien justement, dans ses cliniques, la gravité et les conséquences de l'inflammation de la bourse olécranienne, il en fait bien une cause fréquente du phlegmon diffus, mais sans remarquer la relation existant entre celui-ci et la lymphangite profonde, et naturellement sans supposer un rapport quelconque entre la bourse séreuse et le système lymphatique. En effet, comme l'écrit, avec tant de raison, M. Le Dentu dans son article Lymphatique du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques: « L'anatomie, qui, dans toute nosologie, constitue la base fondamentale des études cliniques, représente, en ce qui touche le système lymphatique, un terrain trop mobile pour que le pied le plus hardi s'y aventure en toute sécurité. »

Il y a vingt ans, on en était encore aux réseaux accessibles aux injections mercurielles. Aujourd'hui, nous en sommes aux lacunes du tissu cellulaire, aux cellules anastomosées, aux canalicules d'une infinie ténuité, auprès desquels les réseaux naguère considérés comme l'extrême limite des vaisseaux blancs représentent un volumineux lacs de conduits, auxquels l'épithète de capillaires convient à peine. Qui sait si demain un anatomiste ne démontrera pas, au moyen d'un nouveau réactif que la science actuelle n'a fait qu'activer la question, sans la résoudre? et alors quel bouleversement dans les idées admi-

ses!... Malgré les efforts de deux ou trois générations de chirurgiens et d'anatomistes, cet intéressant sujet pourra fournir pendant bien longtemps encore aux esprits chercheurs de nombreux matériaux de travail. Pour bien s'en convaincre, il suffit de se reporter au remarquable article de Velpeau (1). »

C'est en effet ce dernier qui semble le premier avoir étendu la question de la lymphangite jusqu'aux limites qu'elle doit embrasser. Il a cherché à étudier jusqu'aux lymphangites viscérales, mais ce n'était chez lui qu'une « aspiration vers l'inconnu, comme une prescience des découvertes à venir ».

Nulle part en effet, pour en revenir à notre sujet, nous ne trouvons dans cet article signalé une analogie quelconque entre la lymphangite et le tissu séreux ou cellulaire. « La suppuration, dit-il, se présente sous deux aspects, à l'état d'infiltration et sous forme de collection plus ou moins limitée. *Si l'angioleucite est très aiguë, le pus reste infiltré sous les stries rouges, entre les couches musculaires, le long ou autour des vaisseaux.* » N'est-ce pas le siège exactement indiqué que peuvent occuper les abcès pérित्रonclaires, les abcès périlymphangitiques, si bien décrits par les auteurs? Mais là encore nous ne voyons pas soulever par Velpeau le rapport entre le tissu cellulaire et les lymphatiques, entre les affections de l'un et les affections de l'autre.

Nélaton, en 1844, indiquait comme point de départ de l'hygroma suppuré une inflammation de voisinage : « Dans l'immense majorité des cas, cette inflammation (hygroma) reconnaît pour cause une violence extérieure... ou succède à une inflammation aiguë qui a débuté dans une région voisine, et qui s'est propagée jusqu'à la bourse séreuse. »

Avec l'esprit clinique qui distinguait cet auteur, il avait remarqué le fait sans en tirer de conséquence. L'inflammation superficielle peut être cause d'un hygroma suppuré ; mais si, par

(1) Dict. encyclopédique des sc. méd. Velpeau, art. Angioleucyte, loc. citée t. V, p. 66.

contre, nous lisons l'étude qu'il consacre à l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, nous ne voyons pas qu'il signale les bourses séreuses comme siège de la suppuration, terminaison de la lymphangite.

De même les auteurs du Compendium passent sous silence cette terminaison possible, et cette coïncidence si fréquente : « Dans quelques cas, qui nous ont semblé rares, la maladie se termine par suppuration, soit circonscrite, soit diffuse. L'infiltration du pus s'observe surtout autour des vaisseaux et le long de leur trajet, tandis que les abcès occupent ordinairement la place des plaques rouges et des engorgements. En général, la fluctuation ne s'y montre que tardivement et presque toujours ces abcès sont multiples ».

Chassaignac, dans son Traité de la suppuration, dit que l'on peut trouver des abcès des bourses séreuses à la suite des lymphangites, et nous rapportons les observations qu'il cite à ce point de vue ; en indiquant ces faits il en tire des conclusions analogues à celles que nous cherchons à démontrer.

Dans l'article de MM. Le Dentu et Linguet, il nous a été impossible de trouver signalée, même par un seul mot, la suppuration de la bourse séreuse comme une des conséquences fréquentes de la lymphangite.

Même silence dans le Manuel de pathologie chirurgicale de J. et Terrier à l'article Lymphangite ; deux mots seulement indiquant l'angioleucite comme cause possible de l'hygroma. « Cette inflammation reconnaît pour cause une contusion..... Dans quelques cas, elle résulte d'une lésion des tissus voisins (angioleucite, furoncle, etc.). »

Dans l'ouvrage classique de M. le professeur Duplay, même silence à l'article Lymphangite, mais, par contre, plus de détails sur les causes de l'hygroma. « L'inflammation des bourses séreuses se propage très facilement au tissu cellulaire ambiant, même avant que la suppuration se soit formée dans ses cavités. De là l'origine des phlegmons diffus souvent fort sérieux et dont la cause échappe. Ainsi, la plupart des phlegmons de

cette espèce, qui commencent à la partie postérieure du coude, sont la conséquence d'une inflammation aiguë, souvent traumatique de la bourse séreuse olécrânienne. Quand la suppuration s'est complètement formée, si l'on a été obligé de pratiquer des incisions dans la bourse séreuse et dans le tissu cellulaire du voisinage, on peut faire refluer le pus de la cavité séreuse dans le tissu voisin et réciproquement. *Dans des cas moins graves* c'est une angioleucite simple qui succède à la phlegmasie de la bourse séreuse. »

Nous avons cité longuement tous les auteurs classiques afin de bien montrer combien peu se trouve signalée la suppuration des bourses séreuses dans les lymphangites. Nous ne pouvons citer de même les passages ayant trait au sujet qui nous occupe, et que nous avons trouvés dans les différents travaux que nous avons consultés : la thèse d'Allard (1), l'étude de Jules Roux (2), la thèse de Turrel (3) et plus récemment la thèse si remarquable à plus d'un titre de Jalaguier. Aucun de ces auteurs ne signale ou tout au moins ne s'arrête à la suppuration des bourses séreuses et pourtant si on lit les observations qu'ils rapportent on en peut trouver où est marquée cette suppuration.

Nous en citerons quelques-unes.

Nous pourrions aller au delà de la tâche que nous nous sommes imposée, et montrer ici que les auteurs ne se sont davantage occupés des inflammations se propageant aux autres bourses séreuses superficielles. Ces suppurations ont été signalées, mais peu d'auteurs les ont examinées en se plaçant au point de vue auquel nous nous plaçons dans l'examen des suppurations des bourses sous-cutanées. Lorsque nous traiterons de l'étude clinique de ces affections, nous aurons à revenir sur les suppurations des synoviales articulaires, des gaines tendineuses, et

(1) Allard. De l'inflammation des vaisseaux absorbants. Paris, 1824.

(2) J. Roux. De l'angioleucyte (Gaz. méd., 1843, p. 56).

(3) Turrel, Essai sur l'angioleucite (Th. de Paris, 1844, n° 71).

ici, ne voulant parler que des travaux antérieurs faits à ce sujet, nous ne pouvons que répéter ce que nous avons déjà dit et déplorer la pénurie des documents. Aussi nous verrons-nous forcé d'étudier notre sujet avec nos seules observations et les quelques-unes que nous avons pu trouver dans les auteurs et publiées à un autre point de vue.

Nous étudierons dans un premier chapitre les différentes théories que l'on a faites au sujet des vaisseaux lymphatiques, sans nous étendre sur ce côté anatomique de la question. Il nous semble seulement nécessaire de bien établir les opinions en présence et de rechercher sur quels arguments elles s'appuient, afin de pouvoir rattacher à l'une ou à l'autre les conclusions que nous tirerons ultérieurement de l'étude des faits pathologiques que nous citerons.

Après avoir ainsi solidement établi et posé la question, nous étudierons les faits eux-mêmes, et verrons quel enseignement nous en pouvons tirer. Dans ce chapitre, nous établirons en un mot l'histoire réciproque des lymphangites et des hygromas suppurés, nous verrons comment ils agissent l'un sur l'autre, et de cette étude nous pourrons conclure s'il faut admettre ou non une relation anatomique entre les deux tissus.

Le diagnostic de ces suppurations nous arrêtera peu de temps; il en sera de même du pronostic, peu différent de celui des hygromas suppurés en général.

Le traitement sera discuté plus longuement; les progrès de la chirurgie aseptique, les nouveaux modes de pansement, les études sur la facilité de réunion des séreuses poursuivies avec tant de succès depuis quelques années, nous permettront de discuter et d'indiquer un mode de traitement que nous vîmes employer par nos maîtres.

APERÇU SUR LES RAPPORTS ANATOMIQUES NORMAUX DES BOURSES
SÉREUSES ET DES LYMPHATIQUES.

Il n'est guère de question en anatomie qui ait donné lieu à autant de travaux et à autant de discussions que la question, encore obscure néanmoins, de l'origine des vaisseaux lymphatiques.

Longtemps les auteurs se sont contentés d'étudier ces origines par les injections métalliques; mais, malgré la pénétration si parfaite relativement par le mercure, il n'était possible que de constater à l'œil nu les résultats obtenus par cette injection mobile et si facile à disparaître. Lorsqu'on voulait avoir recours au microscope pour étudier les origines réelles des vaisseaux blancs, il n'était plus possible de les retrouver au milieu de la préparation; l'injection avait quitté l'intérieur des vaisseaux, et leur parfaite transparence ne permettait plus de les distinguer.

M. le professeur Sappey s'en tint néanmoins à ce mode d'injection, et il était arrivé à conclure à une origine mal déterminée; il avait admis des communications avec les vaisseaux sanguins, qu'une méthode plus parfaite lui a fait rejeter.

Pour lui et pour ses élèves, le système lymphatique est un système fermé, complètement fermé, bien différent du système lymphatique conçu d'une manière si exacte par l'illustre Bichat. Suivant lui, il n'existerait aucune trace de lymphatiques dans le tissu cellulaire que d'autres auteurs considèrent comme essentiellement lymphatique; aucune trace, non plus, dans les séreuses. Et voici les raisons qu'il donne en faveur de son opinion: «Après avoir soulevé le feuillet séreux viscéral, j'ai pu injecter à la surface de l'organe tapissé par ce feuillet un ou deux lymphatiques.

« Sur tous les points où les séreuses pariétales tendent à s'isoler des parties sous-jacentes, on tente vainement de les injecter. C'est toujours infructueusement que j'ai exploré dans ce but les épiploons et les divers replis du péritoine, les plèvres médiastines, l'arachnoïde viscérale, etc.

« De ces faits découle une conclusion importante : si sur les points où les membranes séreuses sont adossées et en quelque sorte réduites à elles-mêmes, elles ne fournissent aucun vaisseau lymphatique ; si sur leur trajet pariétal les très rares absorbants qu'elles semblent posséder partent en réalité des plans fibreux sous-jacents, n'est-il pas vraisemblable que ceux observés sur leur feuillet viscéral émanent aussi des viscères qu'elles entourent ? Une conclusion aussi absolue aura certes contre elle tous les partisans de l'opinion de Mascagni, c'est-à-dire tous les anatomistes qui considèrent les séreuses comme des plexus lymphatiques. Mais j'ose croire qu'elle aura pour elle tous les observateurs qui consentiront à contrôler les recherches nombreuses et précises sur lesquelles elle repose. »

Cette opinion de l'éminent professeur n'est pas admise par tout le monde, et lui-même, sans la réformer, vient récemment, dans une communication à l'Académie des sciences, de se rapprocher un peu de la théorie que nous donnons plus loin. Il ne semble plus exister qu'une discussion de mots, et les deux théories semblent bien près de se rejoindre.

Le but que se proposait M. Sappey pour la recherche des vaisseaux d'origine lymphatique était d'enlever à ces vaisseaux leur transparence, et de les rendre ainsi perceptibles à l'œil appliqué au microscope. Il leur communique une teinte jaune paille qui suffit pour les mettre en pleine évidence, et il obtient ce résultat en remplissant leurs « cavités de tout un monde d'infimes végétaux appartenant à la classe la plus infime des cryptogames. » Ces microphytes, ces microbes, dessinent avec netteté les vaisseaux lymphatiques, et permettent de distinguer très facilement leurs contours. Pour que les vaisseaux sanguins ne prennent point la même teinte, et par suite

ne soient pas confondus avec les lymphatiques, M. Sappey les injecte avec un liquide acidulé qui les débarrasse complètement de tout mycrozyma, et on ne voit plus alors sur le champ du microscope que les vaisseaux blancs que l'on veut étudier. Grâce à cette méthode, il est possible de voir clairement l'origine des vaisseaux, et aussi l'absence de communication d'abord admise entre les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques.

Les vaisseaux composant le système lymphatique prennent naissance dans la trame de nos organes par des capillicules dont le calibre ne dépasse pas un millième de millimètre. Ces capillicules communiquent tous entre eux, et au niveau de leurs communications il existe de très minimes renflements simulant autant de petits lacs étoilés, d'où le nom de lacunes sous lequel M. Sappey les a désignés. Un réseau de lacunes et de capillicules, tel est donc l'aspect sous lequel se présentent dans leur ensemble les premières radicules des vaisseaux blancs.

A cette description comparons la description des auteurs qui donnent au système que nous étudions une étendue beaucoup plus considérable et des communications plus nombreuses en apparence.

Les moyens d'investigation ne sont plus les mêmes et se rapprochent du dernier mode d'injection de M. Sappey, et ont ramené pas à pas à la conception générale de Bichat sur les rapports des absorbants avec le tissu cellulaire. Aussi cette opinion, que l'on veut attribuer aux Allemands, est-elle bien française et antérieure aux confirmations qu'en ont données les auteurs d'outre-Rhin.

Virchow, poussant à l'extrême opinion de Bichat, admettait que les cellules connectives étoilées, s'anastomosaient les unes avec les autres, que leurs prolongements canaliculés formaient un réseau identique à celui des cellules osseuses et de leurs canalicules, et que dans l'intérieur de ces canaux circulait le plasma, d'où le nom de cellules plasmatiques. Kollikersoutint de même cette opinion de Virchow; cependant Henle n'admettait point

cette opinion, et se rapprochant de l'idée moderne, refusait aux prolongements cellulaires la cavité admise par Virchow, disant que ce que l'on prenait pour des canaux plasmatiques n'était autre que les espaces compris entre les faisceaux du tissu conjonctif.

Ludwig et Brucke, admettant aussi cette théorie, revinrent les premiers à l'idée de Bichat et virent dans les interstices du tissu conjonctif, les origines des vaisseaux blancs. Redlinghausen, dans ses belles expériences sur ce qu'il appelle les canaux du suc, sur leur rôle dans l'absorption séreuse, plus récemment dans des expériences soumises à l'Académie des sciences, L. Dubar et Rémy vinrent encore confirmer l'identité du tissu séreux et du système lymphatique. Enfin, Ranvier s'exprime ainsi dans son admirable *Traité technique d'histologie* : « Dans le tissu conjonctif lâche ou diffus, tissu cellulaire de Bichat, les faisceaux glissent les uns sur les autres avec la plus grande facilité. Les liquides et les gaz, en les écartant simplement les uns des autres, peuvent s'accumuler dans leurs interstices, comme il arrive dans l'œdème et dans l'emphysème; c'est entre ces faisceaux, dans la courte cavité qu'ils cloisonnent, que se fait la circulation des sucs nutritifs et non dans des canalicules auxquels la plupart des histologistes ont cru, mais que personne n'a jamais vus. Suivant nous, c'est dans cette cavité cloisonnée du tissu conjonctif qu'il faut rechercher l'origine des vaisseaux lymphatiques. »

Entre ces théories si dissemblables en apparence ne prenons que les deux principales, c'est-à-dire les deux seules qui doivent être prises en considération, parce que toutes les deux ont leur partisans qui de chaque côté font école. En les étudiant de près nous verrons qu'elles diffèrent peu l'une de l'autre.

Quelle grande différence y a-t-il entre les réseaux des lacunes et des capillicules de M. le professeur Sappey, lacunes et capillicules non tapissés par de l'endothélium et les espaces lymphatiques de M. Ranvier? N'est-il pas permis de rapprocher ces espaces sans parois du professeur d'anatomie des espaces con-

jonctifs de M. Ranvier? Nous ne voulons pas évidemment assimiler complètement les deux théories, mais nous tenons simplement à montrer combien elles diffèrent peu au point de vue anatomique pur.

Nous avons exposé aussi brièvement que possible les diverses opinions actuellement exprimées eu égard aux lymphatiques nous en tenant seulement dans leur histoire à ce qui pourrait avoir trait à notre sujet, et chemin faisant nous allons pouvoir montrer, en étudiant les affections inflammatoires du système lymphatique, combien elles ont des points communs avec celles des séreuses et combien souvent elles dépendent les unes des autres. C'est cette preuve pathologique des connexions anatomiques du système séreux et lymphatique que nous allons chercher à faire.

DES RAPPORTS DES LYMPHANGITES AVEC LES SUPPURATIONS DES
CAVITÉS SÉREUSES.

Si l'on étudie les diverses observations que nous remettons à la fin de notre travail, pour ne pas entraver la marche de notre description, on est frappé d'un fait qui semble au premier abord établir une grande distinction entre les diverses circonstances qui peuvent amener les suppurations des bourses séreuses et lymphangitiques. C'est la chronologie différente de l'une et de l'autre. Tantôt la lymphangite précédera l'hygroma, tantôt au contraire ce dernier précédera l'inflammation des lymphatiques.

De l'observation de ce fait nous devrons donc diviser notre étude en deux chapitres, suivant que la lymphangite est cause ou effet de l'hygroma.

Lorsqu'un malade reçoit un choc sur un point où il existe une bourse séreuse normale, il peut arriver que ce traumatisme ne soit suivi d'aucun résultat fâcheux. Ceci surviendra surtout lorsqu'il n'y a aucune solution de continuité. Mais quelquefois, et c'est le cas que nous avons à examiner, la bourse séreuse située au-dessous de la peau, quelque petite qu'elle soit, pourra s'enflammer et donner naissance à un excès de liquide, qui déterminera une tumeur plus ou moins volumineuse, tumeur d'abord peu douloureuse et à laquelle le malade fera peu attention. Puis s'il continue son travail, s'il se fatigue, la phlegmasie pourra s'accroître, et dès lors le repos deviendra forcé. Tout pourra en rester là et rentrer dans l'ordre par l'immobilisation seule et le repos.

Mais il n'en sera pas toujours ainsi; sous l'influence d'un état général mauvais, la plupart du temps, chez les alcooliques, chez les diabétiques, cette inflammation d'abord légère de la

séreuse pourra augmenter peu à peu et donner lieu à de la suppuration. Cette suppuration s'accompagnera presque toujours de symptômes généraux. Le malade sera pris de phénomènes fébriles parfois très marqués, de frissons, de céphalalgie, de température élevée, la langue pourra devenir sèche, tous ces symptômes s'accompagnant de courbature et de malaise; parfois, au contraire, elle pourra s'établir sourdement et dès lors ce ne sera qu'à l'ouverture ultérieure de la poche purulente que l'on pourra constater la nature du liquide qu'elle contient.

Nous avons supposé que nous avions affaire à un malade n'ayant jamais rien présenté du côté de sa bourse séreuse, mais il en sera exactement de même d'un malade porteur d'un hygroma antérieur. Chez celui-ci les causes de l'inflammation n'auront qu'à se produire aussi légères qu'elles soient pour amener la suppuration. Nous n'avons pas besoin d'insister sur ces différentes causes.

Lorsque la suppuration s'est produite ou lorsqu'il existe simplement une inflammation de la bourse séreuse, normale auparavant ou depuis longtemps le siège d'une inflammation chronique, le malade est exposé à voir survenir une lymphangite des vaisseaux lymphatiques en communication avec la cavité séreuse enflammée.

Cette complication s'annonce dès le début par un changement de couleur de la peau. Celle-ci, blanche et normale dans l'hygroma peu enflammé, ou rouge uniformément dans l'hygroma suppuré, devient le point de départ de traînées lymphangitiques. Celles-ci peuvent suivre deux marches différentes et nous rapportons des exemples de chacun de ces processus. Tantôt l'on a affaire à la lymphangite ascendante, tantôt à ce que l'on a appelé la lymphangite descendante sur laquelle Velpeau a appelé si justement l'attention.

Dans la première de ces formes, les réseaux de la partie inférieure du membre restent complètement indemnes, la peau reste normale; le membre ne présente aucune augmentation de volume; du côté supérieur, au contraire, tous les phénomènes

s'observent très rapidement : les traînées rouges, parfois peu accentuées, parfois nombreuses et très larges, montent d'emblée jusqu'à la moitié du segment du membre envahi, il est rare de sentir les traces lymphatiques augmentées de volume. Les ganglions auxquels ceux-ci vont se rendre sont d'ordinaire perceptibles et très rapidement douloureux. La rougeur est peu persistante et il est rare d'observer la suppuration de cette lymphangite secondaire. Lorsque l'on fait disparaître la cause, lorsque l'on a ouvert l'hygroma s'il a suppuré, tout disparaît très rapidement. Quelquefois même si l'hygroma n'est pas suppuré, si l'inflammation de la séreuse n'a point atteint un degré suffisant pour amener la suppuration, il suffira d'un peu de repos aidé de quelques compresses résolutives pour amener la disparition de l'inflammation des lymphatiques.

Dans cette variété de lymphangite secondaire en effet les lymphatiques profonds semblent très rarement atteints ; les réseaux superficiels seuls semblent pris. Aussi n'a-t-on pas cette sensation de cordons durs que l'on trouve dans les lymphangites tronculaires, avec épaissement du tissu cellulaire périlymphatique, n'a-t-on pas les abcès successifs qui surviennent si souvent sur le trajet des vaisseaux blancs lorsque le tissu cellulaire participe à leur inflammation. Nous aurons à revenir sur cette description que nous ne faisons qu'indiquer en cet endroit.

La lymphangite descendante, ou récurrente, comme l'appellent certains auteurs, peut se voir aussi à la suite de l'hygroma aigu. Nous rapportons un fait, où à cette cause de lymphangite venaient s'ajouter quelques écorchures du tiers inférieur de la jambe gauche qui auraient pu faire penser que ces dernières seules auraient amené une lymphangite ascendante. L'observation attentive du malade, le point de départ remarqué avec soin des traînées lymphatiques a pu seul convaincre que l'on avait affaire à une lymphangite suite d'hygroma et que cette lymphangite avait pris une marche descendante.

Longtemps ces variétés de lymphangite ont été considérées comme impossibles, et longtemps à cause de l'ignorance où l'on était de la marche récurrente possible de l'inflammation dans l'angioleucite on a refusé celle-ci comme cause des abcès du sein, si fréquents à la suite d'excoriation et d'ulcération du mamelon.

« Règle générale, dit Velpeau, l'angioleucite marche de l'extrémité vers la racine des membres ; son mouvement d'expansion est un mouvement concentrique ; d'après les fonctions connues de ce système, il est difficile qu'il en soit autrement ; je puis pourtant affirmer que c'est assez souvent le contraire, c'est-à-dire d'angioleucites qui ont marché du centre à la circonférence ou même du haut en bas pour les membres... Bien que bizarre, à première vue, cette particularité n'a pourtant rien qui ne s'explique facilement. L'ensemble du système lymphatique formant un vaste réseau, au lieu de représenter un arbre comme le système veineux ou le système artériel, un réseau à mailles de dimensions très variables, formé de petits canaux d'un calibre très restreint, très inégal, habituellement remplis de matériaux à circulation dépourvue d'organe central, d'un moteur puissant comme le cœur, on conçoit que, enflammés sur quelques points du milieu du membre, ils pourront propager la maladie, à la rigueur, de haut en bas, aussi bien que de bas en haut. »

Si nous avons cité en entier ce passage de Velpeau c'est que nous y trouvons l'explication de la propagation de l'inflammation des bourses séreuses aux lymphatiques et inversement. Comment en effet admettre cette inflammation récurrente à la suite d'un hygroma s'il n'y a pas communication directe des lymphatiques avec la séreuse ? On ne peut penser qu'il y a inflammation de la paroi séreuse, puisque de cette paroi l'inflammation se porte au tissu cellulaire entourant la bourse séreuse, puis de celui-ci aux réseaux lymphatiques de la peau la plus voisine, marche compliquée et presque impossible à réaliser si l'on admettait que la séreuse et le tissu cellulaire ne

contiennent pas de lymphatiques ainsi que le veulent certains auteurs.

De plus, nous avons vu qu'il existait rarement de la lymphangite tronculaire accompagnée de phlegmasie du tissu cellulaire à la suite de l'hygroma ; il faudrait donc que l'inflammation saute directement d'organes non lymphatiques, séreuses, tissu cellulaire, vers les troncs lymphatiques sans que ce dernier élément de propagation seul possible soit enflammé avant que les troncs lymphatiques qui y sont contenus le soient.

Nous venons d'examiner les cas où, sans solution de continuité, à la suite d'une inflammation seule de la bourse séreuse peut survenir une lymphangite légère, mais il existe des cas plus graves, ce sont les cas de phlegmons graves, de phlegmons diffus.

Cette complication quelquefois mortelle de la contusion simple d'une bourse séreuse a été signalée pour la première fois par Dupuytren et tout le monde connaît trop bien la réalité de cette gravité pour que nous ayons à y insister.

Il suffit d'une contusion très légère du coude, par exemple, pour voir survenir en très peu d'heures parfois, des phénomènes fébriles effrayants, un état général des plus graves, et la mort emporter le malade avant même que l'état local ait pris une gravité en rapport avec la gravité de l'état général. Plus souvent les phénomènes graves dès le début permettent à la lésion locale d'évoluer et alors on voit survenir tous les désordres du phlegmon diffus. Nous n'insistons pas sur les symptômes que l'on rencontre dès lors, la description en est faite dans tous les auteurs, nous n'aurions rien à y ajouter.

« Le phlegmon diffus, dit Dolbeau, se développe dans les mêmes circonstances que l'angioleucite, c'est-à-dire consécutivement à une lésion de la main et des doigts, surtout quand cette lésion se complique d'absorption de matières septiques ; c'est la maladie des individus obligés, par profession, à manier des substances animales putréfiées. » Nous ajouterons que, comme

l'angioleucite aussi, il se développe à la suite de lésions des bourses séreuses.

Quelle peut donc être la cause de cette gravité du phlegmon, nous devrions dire de la lymphangite, à la suite de la contusion d'une bourse séreuse. Doit-on admettre l'introduction d'un élément septique, ainsi que nous le voyons lorsque le phlegmon diffus succède à une plaie des doigts et des orteils? Mais il est difficile de comprendre comment cette introduction eût pu se faire, étant donné qu'il n'a existé aucune ouverture de la bourse séreuse. Aucun élément venu du dehors n'a pu pénétrer dans l'intérieur de la cavité séreuse, aucune solution de continuité n'a existé à aucun moment sur la peau au niveau du point où s'est faite la contusion.

Dolbeau trouve une explication dans la septicité du liquide contenu dans la bourse séreuse rompue sous la peau. « Parmi les liquides susceptibles, en s'infiltrant dans le tissu cellulaire, de produire le phlegmon diffus, il en est un que je dois signaler tout particulièrement d'une part, à cause de son action éminemment nocive, et d'autre part comme constituant une cause très fréquente de phlegmon diffus. C'est l'épanchement purulent ou séro purulent des bourses séreuses enflammées. Ainsi, un individu se contusionne la bourse séreuse olécrânienne; celle-ci s'enflamme, suppure, se rompt sous la peau, son contenu s'infiltre dans le tissu cellulaire voisin, il se produira fatalement un phlegmon diffus de l'avant-bras.

Toutes les bourses séreuses enflammées accidentelles ou naturelles, peuvent donner lieu à un phlegmon diffus, même les plus petites, telles que celles qui se développent sous un cor ou un durillon; ainsi, il suffit d'un cor mal coupé, avec lésion de la bourse séreuse, ou d'une inflammation de cette bourse par la pression de la chaussure, pour produire un phlegmon diffus. »

A cette explication du savant professeur on peut répondre que la rupture de la bourse séreuse n'est pas constante; une simple contusion d'une bourse séreuse *saine* peut donner lieu

au phlegmon diffus et pourtant on ne peut pas admettre que sa rupture, si rupture il y a eu, a amené un épanchement dans le tissu cellulaire d'un liquide septique.

Nous sommes ici ramenés à la grande discussion qui si longtemps exerça l'imagination des chirurgiens au point de vue de l'explication à donner de la gravité des contusions articulaires. Il suffit souvent d'un traumatisme léger pour amener une arthrite aiguë, parfois suraiguë, se terminant par suppuration, puis phlegmon diffus et malheureusement trop fréquemment par la mort. Nous ne rappellerons pas ici toutes les opinions qui ont été tour à tour proposées, admises et rejetées, constatons simplement avec les auteurs la gravité de ces lésions des synoviales, et nous pourrions rapporter aux mêmes causes la gravité des lésions des bourses séreuses.

Pour nous résumer, nous dirons : toute lésion du système lymphatique, bourse séreuse, synoviale, pouvant amener la suppuration, devra toujours être observée avec soin, et le chirurgien devra toujours se défier des complications graves qui peuvent survenir à la suite de telle lésion séreuse, quelque légère qu'elle paraisse au premier abord.

Nous n'avons encore étudié dans cette première partie, que les lymphangites survenant à la suite d'une lésion des bourses séreuses. Il nous faut arriver maintenant à la deuxième classe que nous avons admise; celle où nous devons examiner les hygromas consécutifs à la lymphangite.

Tous les auteurs ont signalé les suppurations péri-lymphangitiques, on a décrit avec soin les abcès qui peuvent se produire successivement à la fin de l'angioleucite et prolonger ainsi très longtemps une affection qui semble au premier abord devoir être bénigne.

Ces abcès surviennent surtout chez les individus débilités. Rarement sur un individu de forte constitution il surviendra une lymphangite qui se terminera par suppuration.

A moins pourtant que cette angioleucite ne reconnaisse pour cause l'introduction dans l'organisme d'un élément septique.

La plupart du temps, quelques jours après le début, des traînées rougeâtres, nées au niveau d'une solution de continuité du tégument mal soigné, ou irrité par des frottements répétés, si le malade reste au repos, si la cause qui a amené l'irritation des vaisseaux est traitée convenablement on voit disparaître la rougeur, les ganglions douloureux dès le début deviennent à leur état normal, enfin l'état fébrile se dissipe rapidement.

Il n'en est plus de même chez les individus épuisés, cachectiques ; alors, après une durée plus longue, des phénomènes généraux plus marqués, on voit survenir sourdement ou quelquefois avec des recrudescences successives de la fièvre, après de petits frissons, on voit survenir des plaques rougeâtres, plus foncées que les parties environnantes ; ces plaques rouges sont situées d'ordinaire sur une sorte d'épaississement œdémateux du tissu cellulaire sous-jacent, elles deviennent douloureuses, lancinantes spontanément, puis peu à peu la peau se soulève et on voit se former une petite tumeur qui devient rapidement fluctuante. Souvent aussi cet abcès se forme sans modification de l'état général, ne cause point de douleur ni spontanée, ni à la pression, et il ne signale sa présence que par les symptômes physiques qu'il faut aussi avoir soin de rechercher, car ils passeraient complètement inaperçus. Le plus ordinairement lorsqu'il survient ainsi un abcès à la suite ou comme terminaison d'une angioleucite, il faut s'attendre à en voir naître plusieurs.

Ils s'échelonnent sur le trajet des lymphatiques enflammés, siégeant par conséquent sur la région des membres où ceux-ci sont le plus nombreux, la face interne du membre inférieur, tout le bord interne et la face interne du membre supérieur. Le tissu cellulaire périlymphatique est, en effet, à ce niveau le point d'origine des lymphatiques eux-mêmes et il n'est pas étonnant que l'inflammation des troncs par récurrence se transmette jusqu'aux mailles du tissu cellulaire que nous avons vu comme origine du réseau lymphatique d'après quelques auteurs. Ne serait-il pas possible, ainsi que nous avons cher-

ché à le supposer dans l'aperçu anatomique que nous avons donné, que les lacunes et les capillicules de M. Sappey ne sont pas analogues aux mailles du tissu cellulaire et, par suite, que ce sont ces réseaux siégeant dans ce tissu qui, s'enflammant, donnent naissance aux abcès que nous étudions en ce moment.

Les suppurations des bourses séreuses à la suite des lymphangites se montrent dans les mêmes conditions que les abcès dont nous venons de rapporter l'histoire, encore une analogie que nous ne saurions pas ne pas relever entre le tissu cellulaire et le système séreux, entre eux deux, par suite, et le système lymphatique.

Toute inflammation du tégument pourrait amener une lymphangite qui à sa suite peut entraîner un hygroma suppuré. Nous citons plusieurs observations de lymphangites survenues à la suite d'une simple écorchure qui amenait un hygroma. Enfin, nous citons un fait de Chassaignac, où un furoncle détermina une suppuration de la bourse prérotulienne. Et nous voyons, dans cette observation que nous avons citée à cause de son importance, ce grand clinicien s'étonner de cette propagation, *puisque'on ne pourrait prouver, dit-il, que la peau et la bourse séreuse fussent perforées.*

Cette explication qui lui eût été nécessaire pour comprendre le rapport qui existait entre le furoncle et l'hygroma nous la trouvons dans la disposition que nous cherchons à confirmer par la pathologie de la communication directe des lymphatiques avec les bourses séreuses.

A la fin de la lymphangite se présentent les hygromas, mais tantôt ce sera la seule suppuration qui surviendra et tantôt elle sera précédée ou accompagnée des abcès dont nous avons rappelé l'histoire.

Lorsque la suppuration ne se fait que dans la bourse séreuse, presque toujours il y a peu de symptômes qui indiquent la suppuration, elle augmente de volume, se soulève, forme une petite tumeur arrondie, douloureuse à la pression ; la peau à son

niveau au début est sillonnée par les trainées rouges de la lymphangite propagée jusqu'à elle, puis, peu à peu, elle devient uniformément rosée, et il est dès lors très facile de trouver la fluctuation d'ordinaire sous-cutanée. On voit quelle différence nous trouvons entre cette suppuration, bénigne, insidieuse, et celle que nous avons notée comme cause du phlegmon diffus. Nous n'insistons pas, les faits parlent d'eux-mêmes, et nous avons déjà cherché à expliquer à quoi était due cette gravité.

Dans d'autres cas l'hygroma ne se produit qu'à la fin absolument de la lymphangite, il a été précédé d'abcès successifs que nous avons signalés plus haut. La suppuration de la bourse séreuse évolue de la même façon et confond ses symptômes avec les leurs.

L'évolution de ces hygromas est parfois assez lente, ils peuvent persister longtemps dans certains cas sans amener d'amaigrissement ou de perforation de la peau, et il est possible de les voir se résorber sans s'ouvrir à l'extérieur. Il en est de même du reste des abcès angioleucitiques; aussi, comme nous aurons à y revenir au point de vue du traitement, doit-on ne les ouvrir que le plus tard possible, et est-il permis si on le tente d'obtenir la réunion par première intention.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC.

De tout ce qui précède il est facile de comprendre combien le diagnostic sera facile dans la plupart des cas. Lorsque les phénomènes généraux seront plus marqués, lorsque à la fin d'une lymphangite, on verra survenir des petits frissons, il suffit d'être prévenu de la possibilité d'une suppuration dans une bourse séreuse pour que l'attention soit attirée de ce côté et que l'on découvre facilement l'hygroma. Dans les cas où la complication s'établirait silencieusement sans douleur, où l'affection ne serait reconnaissable qu'à des signes physiques on pourrait alors méconnaître son existence. Il suffira donc de surveiller les points où existent les bourses séreuses lorsque l'on a affaire à un malade atteint de lymphangite, et lorsqu'apparaîtra l'hygroma on pourra l'apercevoir dès son début.

Nous n'avons pas besoin de dire que les symptômes physiques ne permettront pas de le différencier des abcès périangioleucitiques. Comme eux il donne lieu à de la fluctuation, la peau à son niveau est soulevée, légèrement rouge, et il existe une fluctuation des plus manifestes. Le siège seul, au niveau d'une bourse séreuse naturelle ou accidentelle, permet d'affirmer que l'on a affaire à une bourse séreuse enflammée.

Un point de diagnostic plus difficile et parfois ainsi que nous l'avons dit impossible, c'est de savoir si l'on a affaire à une hydropisie simple de la bourse séreuse ou à une suppuration, si le liquide contenu est de la sérosité ou du pus.

Il est difficile de se fier aux symptômes généraux ; quelquefois ils font défaut ; néanmoins, lorsque l'on verra la température s'élever le soir, lorsque la fièvre se ranimera, malgré la disparition des trainées angioleucitiques, on pourra penser à la for-

mation du pus. Les douleurs lancinantes, la rougeur de la peau, la douleur vive à la pression, peuvent aussi mettre sur la voie du diagnostic important, car, de la formation du pus découle une indication thérapeutique sur laquelle nous aurons à revenir.

Quant au pronostic il varie suivant les rapports qui existent entre l'hygroma et la lymphangite.

Lorsque celle-ci succède à une contusion ou un traumatisme quelconque de la bourse séreuse, si les phénomènes généraux sont peu accentués, si on voit les traînées angioleucitiques garder une teinte rosée peu marquée, si le membre n'est pas gonflé, on peut penser que tout se terminera à bien, que par le repos, l'inflammation pourra disparaître spontanément sans s'accompagner de symptômes graves. Mais si on voit survenir dès le début, une température élevée, si la lésion est suivie d'un frisson plus ou moins violent, si l'état général est grave d'emblée, si on a affaire à un malade fatigué, épuisé par la misère ou un état pathologique antérieur, diabète, alcoolisme, impaludisme, etc., si le membre gonfle rapidement, s'il survient de l'œdème, il faudra redouter la possibilité d'un phlegmon diffus et toutes ses conséquences funestes.

Dans le cas, au contraire, où l'hygroma succède à la lymphangite, le pronostic sera presque toujours bénin, si la bourse séreuse est la seule suppuration amenée par l'inflammation des vaisseaux blancs le plus souvent il ne surviendra aucun changement dans l'état général ; s'il s'accompagne d'abcès successifs sur le trajet des vaisseaux enflammés, quelquefois il pourra y avoir un léger état fébrile, mais celui-ci ne sera nullement d'un pronostic fâcheux ; dès que les abcès auront disparu il se dissipera à son tour.

La marche de l'hygroma dans ce cas est variable, mais le plus souvent on le verra s'ouvrir vers la peau, et alors il faudra craindre la persistance d'une petite fistule assez longue à guérir ; tantôt il pourra se résorber spontanément.

Lorsque le pus est évacué, sans qu'il y ait eu encore perte de

substance de la peau par l'ulcération due aux traînées inflammatoires, le plus souvent la cicatrisation se fait très rapidement.

Quant à la lymphangite elle-même elle semble évoluer indépendamment de la suppuration qu'elle a produite et il arrive fréquemment que l'hygroma qu'elle a causé existe encore lorsque déjà elle a disparu complètement.

TRAITEMENT.

D'après ce que nous avons dit de la marche des suppurations des bourses séreuses, de leur pronostic, il est facile de voir qu'il faut ici encore les diviser en deux classes bien distinctes au point de vue de leur traitement. Ainsi celui-ci sera bien différent dans les cas où on a affaire à une contusion amenant une lymphangite aussi grave que le phlegmon diffus par exemple, et l'hygroma à pronostic bénin que l'on trouve à la suite d'une lymphangite légère.

Dans le premier cas l'indication est formelle et doit être remplie d'autant plus rapidement que les phénomènes généraux sont plus graves. Il faudra sans hésiter inciser la bourse séreuse enflammée, l'inciser si on peut avec le thermo-cautère, et modifier aussi complètement que possible les surfaces et le contenu de la bourse séreuse. A la suite de cette incision on devra employer les moyens antiseptiques les plus puissants ; pour le membre supérieur on devra mettre le membre dans un bain antiseptique prolongé, et, si le malade peut le supporter, permanent. D'excellents résultats ont été obtenus, à la suite de ce moyen, et dans quelques cas bien évidents on a pu ainsi amener la résolution d'un phlegmon diffus au début. Cette méthode due à M. le professeur Verneuil et constamment employée dans son service lui a permis souvent d'éviter aux malades les larges incisions toujours si longues à guérir ultérieurement et qui peuvent par leur cicatrisation gêner les mouvements du membre malade.

Un autre moyen, préconisé aussi par le même professeur, consiste à diriger sur la partie atteinte un jet prolongé de vapeur phéniquée. Ce moyen, très bien supporté par les malades,

est seul applicable à la jambe, et donne des résultats tout aussi bons que le bain antiseptique.

Nous n'avons pas à parler du traitement du phlegmon diffus; ce serait nous entraîner loin de notre sujet; nous tenions seulement à indiquer le moyen d'arrêter les effets au début de la lésion d'une bourse séreuse.

Si la bourse séreuse s'est enflammée à la suite d'une lymphangite, si les phénomènes généraux sont peu marqués, si l'on n'est pas sûr de la suppuration, il faudra se contenter de couvrir la partie malade avec des compresses résolatives, et bien se garder d'inciser, dès le début, ces épanchements séreux. Nous avons vu, en effet, en traitant, de la marche de cette affection qu'il arrive souvent que des hygromas, même suppurés, peuvent disparaître spontanément sans laisser aucune trace.

Il n'en sera pas de même des collections purulentes qui menacent de s'ouvrir à l'extérieur ou qui, par leur présence, prolongent l'état fébrile. Dans ces cas il faudra ouvrir et ouvrir largement la collection.

Le plus souvent une seule incision dans toute l'étendue de la poche sera suffisante; pourtant, si celle-ci était volumineuse, on pourrait, sans inconvénient, faire une incision cruciale. Ici se pose une question non encore résolue complètement: Doit-on, à la suite de ces abcès dans les bourses séreuses, tenter la réunion par première intention?

Récemment il a été démontré par la thèse de Hue sur les résultats de l'ovariotomie pendant une péritonite aiguë que l'inflammation des séreuses pourrait céder à des lavages antiseptiques, que cette inflammation n'empêchait nullement la réunion par première intention, enfin, que les phénomènes généraux cédaient en général à cette désinfection de la séreuse.

Sans assimiler la petite séreuse enflammée dans nos hygromas à l'inflammation du péritoine dans les kystes de l'ovaire, ne pourrait-on comparer entre elles en tant que tissus identiques enflammés la petite et la grande séreuse suppurées? Et dès lors ne serait-il pas naturel de faire subir à la petite bourse

séreuse enflammée le même traitement que l'on fait supporter à la grande ?

C'est ce mode de traitement que nous rapportons dans nos observations et qui semble dans toutes celles où il a été employé avoir donné de bons résultats.

Lorsque l'on a incisé la bourse séreuse enflammée on doit faire la toilette de sa cavité. Avec de petites éponges montées soit sur des pinces, soit au bout d'un petit bâtonnet et trempées dans la solution au 20° d'acide phénique, on nettoie bien exactement et sans craindre de frotter avec une certaine énergie, toute la cavité suppurée.

Il faut aussi passer dans la cavité une dizaine de petites éponges afin d'être bien sûr que tous les points de celle-ci ont été touchés avec la solution phéniquée.

Puis au fond de la plaie on met un petit drain et on réunit les lèvres de l'incision avec deux ou trois ou quatre points de suture au fil d'argent.

Après avoir déposé une bande protectrice (pansement de Lister) sur les lèvres de la plaie pour empêcher l'irritation de celle-ci par l'acide phénique, on fait une légère compression avec une ou deux petites éponges fines, de la grandeur de la cavité séreuse, et appliquant bien exactement les deux parois de cette cavité l'une contre l'autre.

Au-dessus on appliquera les différentes pièces du pansement phéniqué, suivant la méthode indiquée par le professeur Lister.

Le tout sera laissé en place pendant trois ou quatre jours, si la température prise exactement matin et soir est normale, et au bout de ce temps, en enlevant le pansement on trouvera dans la plupart des cas la réunion immédiate achevée. Le drain sera un peu diminué de longueur et le pansement sera fait de la même façon. Au bout de quelques jours, on retirera les points de suture, le drain sera diminué peu à peu et la cicatrisation s'achèvera rapidement.

Que si la température s'élève dès le deuxième jour, si la

fièvre persiste, dès lors il ne faudra pas hésiter, il faudra enlever le pansement et bravement retirer les sutures et faire un pansement antiseptique ouvert après avoir de nouveau nettoyé la cavité suppurante. C'est seulement en surveillant le malade, en prenant sa température exactement, et en ayant le courage de retirer les sutures dès le deuxième jour si la température s'élève, que l'on est autorisé à tenter sans danger pour le malade, la réunion par première intention de la cavité séreuse enflammée et suppurée.

CONCLUSIONS.

Il existe des rapports très nets entre l'inflammation des bourses séreuses sous-cutanées et celle des lymphatiques superficiels.

La blessure ou l'inflammation simple des bourses séreuses sous-cutanées dans des cas très nombreux, donne lieu à une lymphangite superficielle ou profonde qui évolue indépendamment de l'affection qui l'a amenée, et inversement il sera très fréquent de voir une lymphangite superficielle amener une suppuration d'une bourse séreuse.

Ces rapports pathologiques du tissu séreux et du tissu lymphatique plaident en faveur de l'opinion qui fait d'une bourse séreuse une cavité lymphatique. Identité anatomique, identité physiologique, identité pathologique.

Une bourse séreuse suppurée devra être ouverte largement et il sera toujours permis, en ayant soin de drainer la cavité, de tenter la réunion par première intention, avec sutures, étant donnée la facilité avec laquelle se réunit une séreuse même enflammée.

OBSERVATION I (inédite).

(Communiquée par M. Verchère, interne des hôpitaux.)

Le nommé C... (Auguste), maçon, âgé de 28 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, n° 11, le 6 avril 1883 (service de M. le professeur Verneuil).

Ce malade, robuste, ne présente dans ses antécédents aucune affection grave.

Il y a huit jours, avant son entrée à l'hôpital, il reçut une pince sur le genou, sans solution de continuité. A la suite, il put continuer son ouvrage sans douleur du côté de l'articulation. Les douleurs apparurent il y a seulement trois jours, et il se produisit à ce moment une saillie très marquée au-devant de la rotule; survint alors de la fièvre, frisson le 4 avril; peu à peu, la douleur devint plus vive et força le malade à s'aliter. La peau du genou devint rouge vif; la douleur à la pression s'accrut.

A l'entrée, on constate un hygroma du volume d'une pomme de reinette; la peau est rouge, nullement amincie; fluctuation très nette. De la partie antérieure du genou partent des traînées rougeâtres, se dirigeant vers la partie inférieure du membre. On trouve, au niveau du tiers inférieur, quelques petites écorchures de l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Les traînées rouges ne s'étendent pas jusqu'au niveau des petites plaies. Le malade affirme qu'elles ont débuté au niveau du genou et ont suivi un trajet descendant. Il existe, de plus, un léger épanchement dans l'articulation.

Le malade est mis au repos. Compresses d'eau blanche. Immobilisation.

Dès le lendemain, les traînées lymphatiques ont perdu de leur intensité. Il n'y a plus de fièvre. Les petites écorchures de la jambe se détergent peu à peu.

L'épanchement de la bourse séreuse persiste encore le 7 juin. Le malade sort guéri le 20 avril.

OBSERVATION II.

(Tirée du Traité de la suppuration de Chassaignac, t. II, p. 725.)

Hygroma suppuré du genou, angioleucite de la face interne de la cuisse.

Canules en Y. Cataplasmes. Occlusion. Guérison.

Auzanne (Pierre), maçon, 25 ans, est entré, le 3 juin 1852, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, 49.

Il y a six jours, apparition de douleurs, puis de rougeur et de gonflement au-devant de la rotule droite. Douleur concomitante sur le trajet des vaisseaux lymphatiques de la partie interne de la cuisse, ainsi qu'au niveau des ganglions inguinaux. Incision assez profonde sur l'hygroma, issue d'un pus concret mélangé de sang. Canule en Y dans la plaie. Cataplasmes. 8 ventouses à la partie interne de la cuisse.

Le 5. L'angioleucite a disparu; les phénomènes inflammatoires ne font point de progrès; toute la maladie est limitée au genou. Canule, cataplasmes.

Le 13. La suppuration fournie par la plaie est peu abondante; les lèvres de l'incision tendent à la cicatrisation.

Le 19. Les bourgeons charnus ont atteint le niveau des tissus environnants, et la plaie se trouve dans l'état le plus satisfaisant.

Le 20. Exéat.

OBSERVATION III.

(Traité de la suppuration. Chassaignac, t. II, p. 726.)

Angioleucite suppurée, avec abcès de la bourse prérotulienne.

Uxarmans (Charles), 24 ans, journalier, est entré, le 8 janvier 1857 à l'hôpital Lariboisière.

Le 31 décembre 1856, après une longue course, ce malade s'aperçut que sa chaussure l'avait écorché au gros orteil du pied droit. Il n'y fit pas autrement attention. Cinq ou six jours après, il commença à éprouver une assez vive douleur le long de la jambe droite. Enfin, cette douleur prenant chaque jour plus d'intensité, il se décida, à entrer à l'hôpital.

Le lendemain, 9 janvier, à la visite, on trouve la jambe droite

parcourue par des lignes sinueuses, rougeâtres, qui suivent le trajet des vaisseaux lymphatiques. Ces lignes donnent au toucher la sensation de cordons situés sous la peau, et se dirigent vers la région inguinale, dont les ganglions ne sont cependant pas engorgés. Il s'agit évidemment d'une angioleucite trajectoire, qui a été précédée d'une angioleucite réticulaire, siégeant au niveau du point où le gros orteil a été excorié. Huit coups de scarificateur, 12 sangsues à l'aîne, jambe élevée et constamment recouverte de cataplasmes.

Le 11. Beaucoup de fièvre; œdème des membres.

Le 14. Petite collection purulente au-dessous de la partie moyenne du tibia. Incision, cataplasmes.

Le 17. Petit abcès de la bourse prérotulienne, consécutif à l'inflammation angioleucitique de la jambe.

Le 22. On ouvre encore deux petits abcès sur le trajet des lymphatiques.

Le 24. On incise un cinquième abcès.

Les jours suivants, le malade va beaucoup mieux.

Le 27. Il sort guéri de ses divers abcès, en même temps que de l'écorchure au pied qui avait été le point de départ de tous les accidents.

OBSERVATION IV.

(Chassaignac. Traité de la suppuration, t. II, p. 726.)

Abcès prérotulien angioleucitique.

Wath (Maria), 16 ans, rempailleuse, faubourg Saint-Antoine, 70, entre, le 8 novembre 1850, au n° 11, salle Sainte-Marthe, hôpital Saint-Antoine.

Il y a quatre jours, cette jeune fille sentit au genou gauche une douleur qui s'accompagna promptement de rougeur et d'inflammation. Aucune cause n'est indiquée par la malade; mais, en examinant la jambe du même côté, on s'aperçoit qu'elle porte sur le cou-de-pied une écorchure assez considérable. L'abcès est donc diagnostiqué : abcès d'angioleucite.

9 novembre. Le phlegmon occupe toute la partie antérieure du genou, dont la peau est rouge et tendue. La douleur y est très vive; la fluctuation est manifeste au centre. Une petite incision est pratiquée

au milieu du point fluctuant, puis on lave avec soin à l'aide de l'injecteur. Le quantité de pus qui s'écoule est assez considérable. Pansement par occlusion. La douleur pendant l'opération a été peu violente. On place la jambe dans une gouttière de fil d'archal mâtée.

Le 10. La malade souffre peu. Rougeur considérablement amoindrie. A l'aide de l'injecteur, on lave l'intérieur de l'abcès. Cette manœuvre est très douloureuse. On rétablit la cuirasse.

Le 11. On lève le pansement. Plus de rougeur. Un peu de pus sort du foyer. Lavage modéré. Occlusion.

Le 13. On renouvelle la cuirasse. La plaie de l'incision ne donne plus de pus. On replace des bandelettes.

Le 17. Exéat. Très bien guérie.

OBSERVATION V.

(Chassaignac. Traité de la suppuration, t. II, p. 727.)

Hygroma du genou. Drainage. Angioleucite consécutive.

Picard (Victor), 53 ans, plombier, entré, le 6 mai 1856, à l'hôpital Lariboisière.

Il y a quinze jours, cet homme, d'une bonne santé habituelle d'ailleurs, vit apparaître, à la partie antérieure du genou droit, une grosseur qui ne tarda pas à augmenter de volume et qui le força de renoncer à son travail. Or, il faut savoir que la nature de ses occupations obligeait le malade à travailler à genoux. Il entra donc à l'hôpital.

On diagnostique un hygroma de la bourse muqueuse sous-cutanée situé à la partie antérieure de la rotule, et on sent parfaitement les inégalités de cet os à travers la poche liquide.

12 mai. On traite cette tumeur par le drainage, qu'on établit de bas en haut, c'est-à-dire dans le sens de son plus grand diamètre. Pour prévenir l'inflammation qui pourrait résulter de la ponction, on prescrit l'application de 20 sangsues autour de l'articulation et des cataplasmes.

Le 14. Il y a un peu d'inflammation. 12 sangsues.

Le 15. Le malade ressent des douleurs assez vives. 8 sangsues.

Le 16. Les applications répétées de sangsues ont arrêté l'inflam-

mation, qui menaçait de s'étendre, et aujourd'hui le mal semble localisé dans la capsule.

Le 24. Le malade se trouve assez bien. On supprime le tube à drainage dont les ouvertures laissent s'écouler le liquide.

Le 27. L'inflammation n'a pas disparu. Les fistules donnent du pus. Application de 8 sangsues, cataplasmes.

Le 29. La peau qui constitue la partie antérieure du genou s'est considérablement amincie et déchirée. Cette nouvelle ouverture laisse s'écouler du pus.

Le 31. Le malade éprouve de grandes douleurs, surtout pendant la nuit. Cataplasmes laudanisés, julep avec 10 gouttes de laudanum.

4 juin. A la suite de la recrudescence inflammatoire qui a eu lieu, il s'est déclaré de l'angioleucite sur tout le trajet des lymphatiques fémoraux jusqu'aux ganglions de l'aîne, angioleucite qu'on a combattue par les scarifications; on sent encore aujourd'hui les cordons engorgés par l'angioleucite jusqu'aux ganglions inguinaux.

Le 17. A la partie externe du genou s'est formée une seconde ouverture, qui laisse encore suinter beaucoup de pus. Le malade est très affaibli. L'angioleucite a disparu. A propos de cette affection, M. Chassaignac fait remarquer la relation qui semble exister entre les bourses sous-cutanées et les lymphatiques, eu égard à l'inflammation dont ces organes peuvent être atteints. Ainsi, l'inflammation de la bourse muqueuse amène très facilement l'inflammation des lymphatiques, et réciproquement.

Le 18. Il n'y a plus dans l'abcès que de la lymphe plastique.

Le 19. Exéat. Guérison complète.

OBSERVATION VI.

(Chassaignac. Traité de la suppuration, t. II, p. 543.)

Phlegmon de la bourse muqueuse du coude. Phlegmon consécutif du tissu cellulaire de l'avant-bras. Incision. Occlusion. Mèche. Guérison.

Briant (Perrin), 37 ans, maçon, constitution vigoureuse, entre à l'Hôtel-Dieu le 18 janvier 1845.

Le 16 janvier, le malade avait fait une chute sur les pieds, du haut d'un échafaudage. La violence porta principalement sur le bras droit.

Le 19. Avant-bras droit tendu, gonflé, chaud, douloureux, d'un rouge vif sur ses faces postérieure et externe, depuis leur tiers inférieur jusqu'un peu au-dessus du coude. Les parties tuméfiées ont un aspect érysipélateux; elles conservent l'impression du doigt, comme le fait un membre infiltré. Tous les signes de l'inflammation s'arrêtent brusquement en dedans du faisceau musculaire de la région externe de l'avant-bras. La ligne de démarcation entre les parties saines et celles qui sont malades suit la direction oblique du muscle long supinateur. Dans la partie des téguments qui entourent et recouvrent l'olécrâne, la rougeur est plus terne, brunâtre. Le gonflement mou, pâteux, donne une sensation qui se rapproche de celle de la fluctuation. Au centre de la tuméfaction qui correspond à l'olécrâne existe une petite ouverture pouvant admettre un corps du volume d'un pois à cautère.

Lorsqu'on comprime les parties environnantes, cette ouverture donne issue à quelques gouttes de pus. Les mouvements de flexion de l'avant-bras sont faciles, ceux d'extension possibles, mais lents et douloureux. Pouls normal, fonctions régulières, sauf inappétence, langue chargée, constipation.

La tuméfaction du bras avait commencé le soir même du 16 janvier, jour de la chute. Dans la nuit du 16 au 17, insomnie, nausées, sueurs abondantes. On diagnostique : phlegmon de la bourse muqueuse du coude, phlegmon par diffusion du tissu cellulaire de l'avant-bras.

40 sangsues sur l'avant-bras, tartre stibié, diète, cataplasmes, limonade.

Une ouverture spontanée ayant eu lieu, l'abcès s'est considérablement affaîssi.

Le 20. La tension, la rougeur, la douleur des parties enflammées sont presque complètement tombées. Langue nette, vermeille; appétit.

Le 21. Un petit point fluctuant s'aperçoit, à 3 pouces au-dessous du coude, dans la région externe de l'avant-bras. Incision qui donne issue à quelques gouttes de pus. Mèche de linge effilé.

Le 22. Ouverture à la lancette de deux autres petits abcès dans la même région et situés sur l'olécrâne même. Mèches.

Le 23. La résolution se prononce de plus en plus.

Le 25. Tous les foyers sont détergés. L'avant-bras a repris son volume, sa souplesse et sa coloration normales. Pansement aux bandelettes de sparadrap.

Le 29. Guérison.

OBSERVATION VII (inédite).

Le nommé L..., Jean-Baptiste, âgé de 69 ans, scieur de pierre, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren, 11 bis, le 29 juin 1880 (service de M. Terrier).

Ce malade paraît plus âgé qu'il n'est réellement, il a la figure maigre, le corps grêle, émacié, il dit voir souffert beaucoup de misère, surtout dans ces derniers temps, où il ne pouvait que difficilement faire son métier et gagner sa vie.

Depuis 1845, il présente des varices à chaque jambe. Elles sont très marquées surtout à la jambe droite. A la partie inférieure du membre de ce côté, la peau est épaissie, adhérente aux parties profondes, de couleur brun foncé, fortement pigmentée. Immobile, on ne peut la plisser. Au-dessous on trouve le tibia augmenté de volume et irrégulier. Il n'a jamais eu, dit-il, d'ulcère à ce niveau, mais de temps en temps poussées aiguës d'eczéma.

Du côté gauche les varices se sont rompues deux fois et, après un écoulement de sang peu abondant, ont donné lieu à une ulcération siégeant sur la face interne de la jambe.

Cette ulcération, après des alternatives de guérison et récidives, présente actuellement l'aspect suivant: large à peu près comme la paume de la main, présente un fond bourgeonnant, de couleur rouge violacé, les bords sont irréguliers, nullement en arcades; au fond, suintement sanio-purulent. Le malade s'est toujours peu soigné. Autour de l'ulcère existe une rougeur humide, s'étendant à 10 centimètres de la circonférence de l'ulcère.

Il y a quelques jours le malade se sentit mal à l'aise, quelques petits frissons, avec sueur et état saburral.

La bouche devint pâteuse, la langue blanche, inappétence.

En ville, on l'a purgé avec 20 grammes d'huile de ricin; malgré sa purgation, l'état fébrile continua et il se décida à entrer à l'hôpital.

On constate des traînées rougeâtres, irrégulières, s'étendant de l'ulcère de la jambe gauche et remontant sans se réunir jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. Ces traînées sont d'un rouge vif, leur bord n'est nullement soulevé et se continue avec la peau voisine.

Douleurs à la pression au niveau des parties rouges. On ne sent pas de cordons sous-cutanés.

Douleurs spontanées au niveau du pli de l'aîne, et réveillées à ce niveau par la pression. On y perçoit deux ou trois ganglions du volume d'une noisette, mobiles, et pas de rougeur à ce niveau.

La fièvre est assez vive, le malade se sent courbaturé; il est immobile dans le décubitus dorsal. La langue est sèche, les narines sont pulvérulentes. T. 39. Le malade semble très affaibli.

Au devant de la rotule, saillie arrondie, régulière, rouge vif, douloureuse et fluctuante, constituée par un épanchement abondant dans la bourse séreuse prérotulienne. La peau n'est pas amincie à ce niveau; interrogé, le malade répond qu'il n'avait jamais eu d'hygroma; que jamais il n'avait eu l'occasion de travailler à genoux. Du reste l'autre bourse prérotulienne ne présente aucune trace d'épanchement, la peau n'y est point épaissie. Il est donc certain que l'on a affaire à un hygroma survenu sous l'influence de la lymphangite produite par l'ulcère variqueux.

On donne : sulfate de soude 40 grammes et des compresses renouvelées trempées dans une solution phéniquée au 40°.

Le 30 juin. Les douleurs au niveau du genou sont plus vives, les traînées lymphangitiques sont moins nettes, quelques-unes se confondant, en certains points forment de véritables plaques.

La peau semble s'amincir au devant de la rotule.

Incision cruciale, profonde de la bourse séreuse, lavage avec de petites éponges montées, trempées dans la solution au 20°, de toute la cavité, tapissée d'une membrane rouge vif. Peu d'écoulement sanguin. On met un drain au fond de la plaie et on fait trois points de suture sur chaque incision.

Le lendemain la fièvre est moins vive; le malade reste néanmoins abattu, mauvais état général. Potion Todd avec 4 grammes d'extract de quinquina. T. 38,2; le soir, T. 38,6.

2 juillet. Le pansement de Lister est enlevé. Une compression avec deux petites éponges avait été faite sur chacune des lèvres de la plaie: celle-ci s'est réunie par première intention, il ne reste plus que le passage du drain.

Les traînées de lymphangite ont pâli. T. 37,8. Le malade reste faible.

Le 10. L'hygroma est complètement guéri. La lymphangite a disparu depuis le 4 juillet. Le malade reste à l'hôpital pour son ulcère.

Peu à peu avec les toniques et le repos, l'état général s'améliore sensiblement.

OBSERVATION VIII (inédite).

(Résumé communiqué par M. Doyen, interne des hôpitaux.)

Le nommé F..., Alphonse, âgé de 47 ans, entre à l'hôpital Tenon (service de Lucas-Championnière), et est atteint d'une piqûre au niveau du bord interne de la main droite. Cet homme, marchand de peau de lapin, a été dans la misère et a beaucoup pâti. Il s'est fait sa légère blessure avec un crin, dit-il, qui serait passé sous la peau.

Dès le lendemain, il fut pris de fièvre, de frissons, de céphalalgie, quelques vomissements se produisirent. Le bras devint lourd, douloureux, gonflé; les ganglions épitrochléens et axillaires augmentèrent de volume et devinrent douloureux.

Des trainées rouges s'étendirent sur tout l'avant-bras et gagnèrent peu à peu le bras. Se réunissant, peu à peu elles finirent par couvrir le bras d'une couche rose vif, formant ainsi une large plaque. La peau se tendit, devint luisante, puis la couleur rouge devint bientôt violacée.

A ce moment apparut au niveau du coude gauche, vers l'olécrâne, une tumeur saillante, fluctuante et due manifestement à la présence d'un épanchement purulent dans la bourse séreuse olécrânienne.

Ouverte par M. Delens, remplaçant momentanément M. Lucas-Championnière, il sortit peu de pus. On tombait dans une cavité régulière occupant exactement la bourse olécrânienne.

D'autres points fluctuants se montrèrent sur l'avant-bras, qui furent successivement incisés.

Le malade s'affaiblit peu à peu. L'état général persistait aussi grave qu'au début, malgré les incisions nombreuses qui furent faites. La fièvre avait chaque soir des recrudescences peu violentes, mais constantes.

La suppuration était peu abondante, mais les plaies n'avaient aucune tendance à la cicatrisation.

Le malade, au bout de deux mois de séjour à l'hôpital, se mit à tousser; quelques signes de tuberculose pulmonaire apparurent, puis la plaie de l'incision, au niveau du coude, prit le caractère d'une ulcération bourgeonnante; peu à peu les bords devinrent livides, le

fond donna issue à du pus séreux, et prit des caractères d'extension qui firent penser à une tuberculisation locale. L'inappétence était absolue, le malade maigrissait rapidement, la nuit des sueurs continues l'affaiblissaient encore; on résolut de supprimer la cause de l'hecticité et M. Lucas-Championnière pratiqua l'amputation du bras,

A partir de ce moment, tous les symptômes graves diminuent peu à peu; la cicatrisation de l'amputation se fit, la plaie prit d'emblée un caractère de bonne nature, la toux diminua, l'appétit revint, la fièvre vespérine disparut, et le malade reprit bientôt un aspect général bien meilleur.

L'amaigrissement disparut et le malade put sortir guéri, et des complications survenues au niveau de son membre supérieur, et peut-être aussi de sa lésion pulmonaire au début.

Il a été revu cette année, ne laissant plus aucune trace de l'affection grave à laquelle il avait failli succomber.

OBSERVATION IX.

(Chassaignac. Traité de la suppuration, t. I, p. 269.)

Hygroma furonculaire du genou gauche. Large incision. Cataplasmes.
Guérison.

Ertal, Florentin, 22 ans, terrassier, est entré le 9 août 1859 à l'hôpital Lariboisière.

Bonne santé habituelle; embonpoint conservé. Il y a huit jours le genou gauche du malade est devenu douloureux et s'est tuméfié sans cause appréciable. Puis s'est développé au niveau de la rotule et à sa partie inférieure un bouton qui a pris bientôt les caractères du furoncle. Dès lors toute la région du genou a été le siège d'un gonflement très prononcé, puis la marche est devenue difficile, douloureuse.

La tumeur rotulienne examinée avec soin présente non pas les caractères du furoncle simple, mais du furoncle compliqué d'hygroma suppuré. Et pourtant il y a tout lieu de croire que la peau ainsi que la bourse séreuse sous-cutanée ne sont pas perforées. La partie antérieure du genou présente en même temps une rougeur angioleucémique. Langue pâteuse saburrale; un peu de dyspepsie. On donna issue au pus par une large incision et on applique des cataplasmes. Tartre stibié en lavage.

11 août. La cavité prorotulienne est le siège d'une abondante sup-

puration; le pus semble même s'être épanché dans le tissu cellulaire circonvoisin et menace de donner lieu aux accidents du phlegmon par diffusion. Cataplasmes.

Le 12. La bourse sous-cutanée se vide bien, le genou se désenfle et la diffusion du pus a cessé de faire des progrès.

Le 13. Toute tuméfaction a disparu, la rougeur angioleucitique et les douleurs sont presque entièrement dissipées; encore un peu de suppuration. Cataplasmes.

Le 14. La plaie est cicatrisée. Exeat.

OBSERVATION X (résumée).

(Thèse de Jalaguier. Paris, 1880.)

Le nommé Serrurier (Jules), 55 ans, menuisier, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 27 décembre, service de M. Richet.

Le malade, épuisé par une vie agitée, nie toute espèce d'antécédents alcooliques. Il est dans un état général grave, frissons violents, subdelirium. Il portait à la jambe droite une plaque de sphacèle, entourée d'une rougeur diffuse superficielle couvrant toute la jambe, se prolongeant par traînées d'angioleucites et par ilots irréguliers jusque vers la face interne de la cuisse.

En présence du membre inférieur on croirait avoir affaire à des brûlures à des degrés divers.

Eschares nombreuses étendues par ilots sur tout le membre, réunies par des traînées rouges, en certains points plaques assez étendues. La rougeur disparaît sous le doigt, et la pression laisse une empreinte peu profonde à la jambe, beaucoup plus marquée à la cuisse. Cette pression n'est que peu douloureuse. *Nulle part on ne trouve de fluctuation, excepté toutefois au niveau de la bourse prérotulienne qui paraît contenir une petite quantité de liquide.*

Les ganglions de l'aîne forment une masse extrêmement douloureuse.

Le malade s'affaiblit rapidement. Les eschares augmentent de nombre et d'étendue. La langue est sèche, fendillée, fuligineuse. Diarrhée noirâtre, infecte. Evacuations involontaires. Pouls petit. T. 38,5. Mort le 1^{er} janvier 1880.

Les eschares sont examinées avec soin.

Dans les points où il n'y avait pas eu cas d'eschares, on trouve le tissu cellulaire sous-cutané infiltré d'un liquide séro-purulent, mais nulle part on ne trouve de pus collecté.

Le seul point où il existe du pus collecté est la bourse *prérotulienne*, qui renferme une cuillerée à café de pus bien lié. On ne trouve rien du côté des viscères.

OBSERVATION XI (résumée).

(Tirée de la thèse de Jalaguier, 1880.)

Le nommé Fillon, âgé de 60 ans, terrassier, est un alcoolique, il boit de 4 à 5 litres de vin par jour.

Il porte sur la jambe gauche de nombreuses cicatrices d'ulcères guéris depuis de longues années.

Le 23 février 1879 il entra à l'hôpital Tenon pour un ulcère ancien occupant la partie inférieure et externe de la jambe droite.

Le 23 mars à l'improviste il est pris de phénomènes généraux violents. Fièvre intense, délire, diarrhée.

Autour de son ulcère rougeur d'abord légère, qui s'étendit bientôt presque au genou en prenant tous les caractères de la lymphangite. Grande amélioration se produit jusqu'au 19 mars.

Ce jour-là la fièvre reparut. Une nouvelle lymphangite se montra à la jambe droite et la rougeur avec gonflement assez notable s'étendit depuis les orteils jusqu'au niveau du genou.

Au bout de trois ou quatre jours apparaît sur le dos du pied une phlyctène fort étendue au-dessous de laquelle se montra une large plaque de sphacèle. *En même temps se formait un abcès au niveau de la bourse prérotulienne*; on l'ouvrit. Autour de l'incision se produisit une eschare.

Malgré la production des nouvelles eschares, l'état général s'améliorait, les plaies résultant de la chute des eschares avaient pris bon aspect; le malade semblait complètement guéri au commencement d'avril. Il reste à l'hôpital pour son ulcère variqueux. Le 30 juin allait sortir de l'hôpital lorsqu'il fut atteint d'hémorrhagie cérébrale et mourut au bout de quarante-huit heures.

OBSERVATION XII (inédite).

Le nommé P ..., Jules, âgé de 25 ans, maçon, entre le 15 juillet 1882, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren, lit n° 29 (service de M. Terrier).

Ce malade, vigoureux, porte déjà depuis longtemps, dit-il, des ulcérations au niveau de la cuisse; provenant d'une chute, de plaies légères qu'il s'est faites en travaillant, il n'y apporta aucune attention et continua à travailler.

Les frottements du pantalon sur les plaies, le manque de soins ne tardèrent pas à les irriter, et il y a quelques jours il fut pris de douleurs au niveau de la cuisse; il constata l'apparition de traînées rouges qui s'étendirent bientôt à toute la cuisse.

A l'entrée on constate une rougeur engiôleucitique sur toute la cuisse, le membre n'est pas gonflé, il n'y a pas d'œdème. Les petites plaies semblent former le centre des traînées qui rayonnent, se dirigeant vers la partie inférieure et supérieure du membre.

Au niveau du pli de l'aîne on trouve une masse ganglionnaire assez volumineuse, permettant difficilement de reconnaître chaque ganglion. La pression est douloureuse, douleurs spontanées. Lorsque l'on cherche au-dessous des traînées rouges s'il existe des cordons lymphatiques on ne trouve aucune induration permettant de constater l'inflammation du tissu cellulaire. Etat fébrile peu marqué. La langue est sèche, la peau chaude, mais la température ne dépasse pas 38,5 le soir et 38 le matin.

Le 16 juillet. Malgré le repos et un purgatif, la rougeur s'est étendue au devant du genou, lymphangite récurrente. A ce niveau la pression est douloureuse. Il s'est fait un léger épanchement dans la bourse prérotulienne. La peau à son niveau est légèrement soulevée et on perçoit nettement la fluctuation. Le liquide est peu abondant.

Le 17. L'épanchement est plus abondant. La lymphangite a en grande partie disparu. Les traînées rouges ont pâli, et en quelques points il n'en reste plus. Dans l'aîne, les ganglions sont moins douloureux. L'état général ne s'est pas modifié.

Incision longitudinale de la bourse séreuse prérotulienne au bistouri. La poche purulente est nettoyée avec grand soin au moyen

d'éponges trempées dans la solution forte d'acide phénique. 20 éponges à peu près sont plongées dans la cavité séreuse. Puis suture de l'incision. Un drain est placé dans le fond de la cavité. Légère compression avec des éponges phéniquées. Pansement de Lister.

Le pansement de Lister est laissé en place jusqu'au 20. A ce moment il est enlevé. La lymphangite a totalement disparu. La réunion par première intention est complète. On enlève les points de sutures. Le drain est bien mobile dans son trajet, on le diminue un peu.

Le 26. Le malade est complètement guéri.

Il sort le 30 juillet, conservant une petite cicatrice linéaire au devant de la rotule. Elle est solide.

OBSERVATION XIII (inédite).

Le nommé R..., Pierre, 37 ans, porteur aux Halles, entre le 19 septembre 1882 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Vulpian, n° 46 (service de M. Terrier).

Cet homme, alcoolique, est malade depuis quinze jours, à cette époque il eut de la fièvre, du frisson ; il perdit l'appétit, malaise et courbature. Ces phénomènes généraux durèrent pendant quatre jours.

Dès lors survint un gonflement de l'avant-bras remontant jusqu'au coude, s'accompagnant de rougeur de la peau. Il ne pouvait se servir de son bras, et la douleur était très violente dans l'aisselle.

Il avait eu quelques jours auparavant une légère contusion de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce qui n'avait sur le moment amené qu'un peu de douleur et de gêne dans les mouvements.

A l'entrée, on constate une lymphangite s'étendant à tout l'avant-bras, les trainées sont peu distinctes, la couleur rosée est presque uniforme, l'avant-bras est gonflé mais ne présente pas la tension du phlegmon. Des trainées rouges sont visibles sur la face interne du bras.

Le ganglion épithrochléen est nettement perceptible. Ganglions axillaires volumineux et douloureux.

Les mouvements du pouce sont douloureux et la douleur s'étend sur tout le trajet du tendon de l'extenseur propre, très clairement indiqué par le malade. La lésion a peut-être débuté par une synovite tendineuse, qui s'est propagée aux lymphatiques superficiels.

Lacoste.

Au niveau de l'olécrâne légère saillie formée par un épanchement douloureux dans la bourse olécrânienne.

Bains phéniqués prolongés. La lymphangite disparaît en trois jours. L'hygroma reste encore quelque temps en augmentant légèrement de volume. Puis disparaît peu à peu spontanément.

OBSERVATION XIV (inédite).

Le nommé D..., Maximilien, 42 ans, serrurier, entre le 24 juin 1882 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren, lit n° 32 (service de M. Terrier).

Ce malade est tombé il y a trois jours sur le bord d'un trottoir, de sa hauteur. Il se fit une contusion de l'avant-bras sans solution de continuité à la peau.

Le lendemain il ressentit une douleur vive au niveau du point central. Léger frisson, le soir. Malaise.

A l'entrée on constate un état fébrile peu marqué, la langue est blanche, saburrale, la peau chaude. La température s'élève à 38,5.

Sur l'avant-bras on trouve une rougeur généralisée occupant tout l'avant-bras et se continuant sur la face interne du bras sous forme de traînées roses, montant jusqu'au niveau de la partie moyenne du membre. A la pression, le membre est douloureux, on ne voit nulle part de cordons indiquant la présence de traces lymphatiques cutanées du tissu cellulaire enflammé.

Dans l'aisselle, ganglions volumineux et durs. Douleur vive à la pression. Ganglions épitrochléens nettement perceptibles. Ils forment un petit chapelet au nombre de 3 ou 4.

Bains phéniqués d'une heure, matin et soir, et compresses phéniquées fréquemment renouvelées.

Le lendemain le gonflement a encore augmenté, mais très légèrement, les traînées rouges persistent sans changement. Il n'y a pas d'œdème. La douleur ganglionnaire est plus intense.

L'état fébrile est le même. T. 38,7 le soir, et 37,9 le matin.

Pendant huit jours jusqu'au 2 juillet l'amélioration se fait progressivement; la lymphangite a peu à peu diminué, la rougeur s'est effacée, le gonflement du membre se dissipe. La température est normale et oscille entre 37,5 et 37°. L'appétit est revenu, le malade ne conserve qu'une sensation d'engourdissement dans son membre.

Le 3 juillet. On constate sans que le malade ait eu conscience de son apparition, un petit abcès au niveau du tiers inférieur de l'avant-bras. Petite incision de 1 centimètre, issue d'une cuillerée à café de pus. Pansement phéniqué.

Le 5. Nouvel abcès un peu plus haut sur le bord interne de l'avant-bras. Nouvelle incision.

Le 6. Le lendemain on s'aperçoit d'une tumeur fluctuante au niveau de la bourse séreuse olécrânienne; celle-ci fait une saillie grosse à peu près comme un petit œuf de poule, la peau présente son aspect normal.

La poche est ouverte et donne issue à une cuillerée à bouche de pus bien lié. Pansement phéniqué.

La suppuration se tarit rapidement. Les deux premiers abcès se réunissent par première intention, malgré l'absence de points de suture.

La cavité olécrânienne persiste plus longtemps.

Le 18. La suppuration est encore assez abondante.

On fait des lavages fréquents dans sa cavité et on maintient la présence des drains. Légère compression.

L'état général est aussi bon que possible.

Le malade sort guéri, le 1^{er} août.

QUESTIONS

— 12 —
SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Articulations du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Electricité atmosphérique. — Lésions produites par la foudre. — Paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth et d'antimoine, leur préparation, caractères distinctifs de leur dissolution.

Histoire naturelle. — Des hirudinées, leurs caractères généraux, leur classification; des sangsues, décrire les diverses espèces de sangsues.

Pathologie externe. — Du glaucome aigu.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent à la dentition.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies du cœur.

Médecine opératoire. — De la valeur des amputations de Choppart, de Symes, de Pingoff, sous-astragalienne et sus-malléolaire, sous le rapport de l'utilité consécutive du membre.

Pharmacologie. — De la glycérine, considérée comme dissolvant. Caractères de sa pureté. — Des glycéroles. Comment les prépare-t-on?

Thérapeutique. — Des indications de la médication vomitive.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable pour qu'il y ait eu empoisonnement, que la substance toxique ait été isolée?

Accouchements. — De la rupture prématurée des membranes.

Vu, le Président de thèse :
PETER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.